



¡Es fácil solicitar LaHIPP! Solo complete la solicitud dentro de este panfleto y:

Envíela gratis por fax al:

1-855-618-5486

Envíela por correo a:

LaHIPP  
7389 Florida Blvd. Suite 400  
Baton Rouge, LA 70806

Envíela por correo electrónico al:

La.HIPP@la.gov

¡Una vida más sana  
**HOY** para un **MAÑANA**  
más brillante!

LaHIPP podría pagar su seguro financiado por el empleador, que es el seguro disponible a través de su trabajo, si Ud. o algún miembro de su familia recibe Medicaid.

Seguro financiado por el empleador le podría proveer lo siguiente:

- » Pagos por servicios médicos que Medicaid no cubre
- » Cuidado de salud para toda su familia, incluso los que no reúnen los requisitos de Medicaid
- » Acceso a más médicos, incluso muchos especialistas

**Para cumplir los requisitos, usted o un miembro de su familia:**

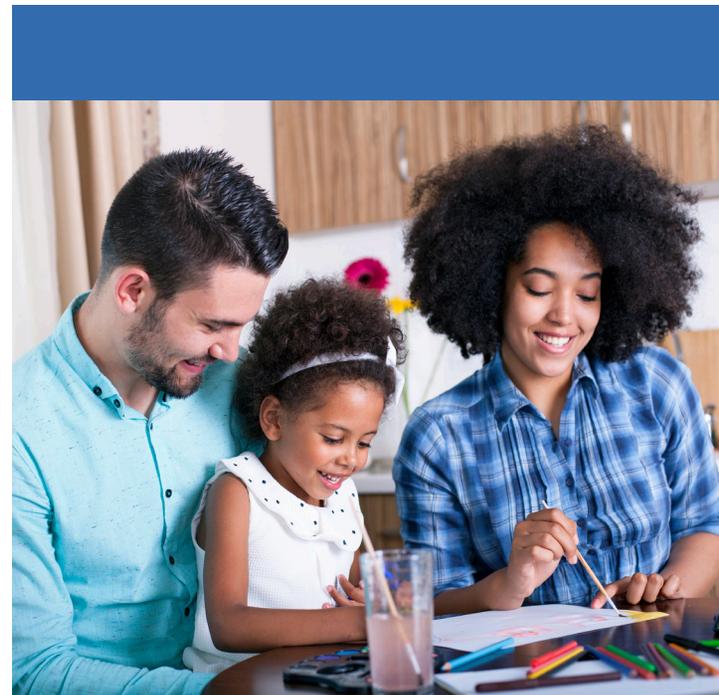
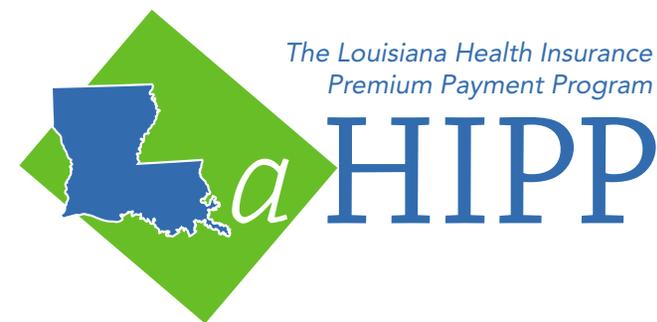
- » Debe recibir beneficios de Medicaid
- » Debe tener acceso a seguro médico financiado por el empleador

### ¿Tiene preguntas o necesita ayuda llenando la solicitud de LaHIPP?

Estamos aquí para ayudar. Llámenos gratis al 1-855-618-5488 de lunes a viernes entre las 8 a.m. y 4:30 p.m. O visite nuestro sitio web [ldh.la.gov/lahipp](http://ldh.la.gov/lahipp).

*Note: Las fotos no representan clientes reales.*

*Este documento fue impreso internamente por \$426. 1,500 copias de este documento fueron publicadas en esta primera impresión por \$426. El costo total de todas impresiones de este documento, incluso las reimpressiones, es \$426. Este documento fue publicado para informar a los solicitantes, inscritos y otras personas del programa LaHIPP a través del programa Medicaid de Louisiana en conformidad con 42 CFR 435.905(a)(1). Este material fue impreso según las normas de impresión para agencias estatales, establecidas de acuerdo con R.S. 43:31.*



# APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMA DE SEGURO DE SALUD DE LOUISIANA (LAHIPP)

1. ¿Tiene usted o alguien en su familia acceso a seguro a través de un trabajo o COBRA en este momento?

Sí  No De ser **ASÍ**, elija el tipo de plan que tiene:

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Individual + niños	<input type="checkbox"/> Individual + esposo	<input type="checkbox"/> Familia
-------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------

2. Complete la siguiente información sobre la persona dueña de la póliza o de la persona empleada:

Nombre del dueño:	Fecha de nacimiento:
Número de Seguro Social:	Correo electrónico:
Número de teléfono:	Otro número de teléfono:

3. Complete la siguiente información sobre la póliza de seguro y su empleador actual:

Empleador que ofrece la póliza:	Número de teléfono del empleador:
Compañía de seguros:	Número de teléfono del seguro:
Número de póliza:	Número de grupo:

4. ¿Cuánto cuesta la cuota mensual de esta póliza (si la conoce)? \$\_\_\_\_\_ Los pagos/las deducciones se hacen cada:

<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Trimestre	<input type="checkbox"/> Otra frecuencia
---------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------

5. Anote a las personas aseguradas que reúnen los requisitos de Medicaid: (use una hoja adicional si es necesario)

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentesco con el dueño de la póliza

6. ¿Está embarazada alguna de las personas arriba señaladas, o tiene un trastorno médico especial? (use una hoja adicional si es necesario)

Nombre	Trastorno médico	Nombre del centro de maternidad

7. Se hacen los pagos a través del sistema LaGov de la División de Administración (DOA) y se reciben electrónicamente a través de la transferencia electrónica de fondos. Para inscribirse al sistema LaGov para los pagos electrónicos, descargue y complete el **Formulario W-9** y **Formulario de Inscripción en EFT** de la página web a continuación:

[ldh.la.gov/lahipp](http://ldh.la.gov/lahipp)

8. Para trámite más rápido, adjunte una copia de su **tarjeta de seguro médico** si la tiene, un **resumen de beneficios y tarifas** de su empleador y un **talonario de cheque** reciente para mostrar la deducción de su cuota.

Después de leer la sección "Derechos y responsabilidades" a la derecha, complete la solicitud firmando a continuación:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sus Derechos y Responsabilidades

- » Yo cooperaré con LaHIPP proveyendo datos sobre el seguro de mi trabajo y me inscribiré en este seguro. También inscribiré a los dependientes que reciben Medicaid si LaHIPP decide que es económico ayudar a pagar el seguro.
- » Mantendré el seguro colectivo de salud a través de mi trabajo mientras LaHIPP pague la cuota.
- » Si decido que los requisitos de inscripción al o de quedar inscrito en el seguro colectivo de salud crean una dificultad, me pondré en contacto con el programa LaHIPP y pediré una revisión de mi caso.
- » Estoy de acuerdo con que LaHIPP se comunique con cualquier persona, proveedor médico, compañía de seguros, empleador u otra organización/agencia para obtener información sobre seguro médico, tratamiento médico y empleo sobre mí o sobre mis dependientes.
- » Acepto informar a LaHIPP dentro de 10 días:
  - cambios en lo que cubre el seguro de salud
  - cambios en la compañía de seguros
  - cambios en el costo del seguro
  - si termina un trabajo
  - cuando termina un embarazo
  - si alguien se muda fuera del estado
  - cuando dispone de Medicare
- » Acepto devolver el dinero al Departamento de Salud de Louisiana si recibo dinero que no corresponde por mi seguro de LaHIPP.
- » Yo acepto que LaHIPP puede usar LaGov, el sistema electrónico de la División de Administración (DOA), para realizar los reembolsos de mis cuotas del seguro médico y que LaHIPP puede proveer a la DOA y a mi banco cualquier dato necesario para hacer esos pagos. Yo acepto inscribirme en el sistema LaGov, o acepto permitir que LaHIPP actúe en mi nombre para inscribirme y consiento todos los términos y las condiciones aplicables del uso del portal de LaGov Autoinscripción del Proveedor. Si deseo recibir pagos por transferencia electrónica de fondos (EFT) en vez de cheque, acepto entregar el formulario de inscripción a la EFT que completamos mi banco y yo.

Envíe la solicitud completada por fax gratis al 1-855-618-5486

Por correo al LaHIPP 7389 Florida Blvd. Suite 400 Baton Rouge, LA 70806

Por correo electrónico a La.HIPP@la.gov